In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Mycoses superficielles

Dr L. LALILI

I. Généralités

II. Dermatophytoses

A) Teignes:

1. Teignes tondantes (microsporiques & trichophytiques)

2. Teignes inflammatoires et suppuratives ou « kérion de celse »

3. Teignes faviques ou favus.

B) Dermatophytie de la peau glabre « herpès circiné »

C) Dermatophytie (intertrigo) des grands plis

D) **Dermatophytie (intertrigo) des petits plis**

E) **Kératodermies palmoplantaires**

F) Onychomycoses (onyxis) à dermatophytes

III. LEVUROSES

A. Candidoses

1. Candidoses cutanées (Intertrigo)

2. Candidoses buccales et digestives

3. Candidoses génitales

4. Onychomycoses à candida

B. Pityriasis versicolor

Mycoses superficielles

I. Généralités

Ce sont des maladies infectieuses très fréquentes de la peau, des phanères et des muqueuses dues à des champignons microscopiques: levures, dermatophytes , moisissures

QU'EST CE QU'UN CHAMPIGNON ?

- Champignon saprophyte ex : Candida
- Champignon d'emblée pathogène : ex dermatophytes
- Les champignons saprophytes peuvent devenir pathogènes dans certaines conditions :
    - modification du milieu (PH)
    - lésion de la peau
    - baisse des défenses immunitaires
    - modification hormonale : grossesse, contraception

II. Dermatophytoses

- Ce sont des mycoses superficielles cutanées dues à des champignons filamenteux microscopiques « les dermatophytes » ayant 02 propriétés biologiques: kératinophile (tropisme pour la kératine) et kératinolytique
- Les dermatophytes sont toujours pathogènes.
- Ils appartiennent à trois genres : *Microsporum*, *Trichophyton* et *Epidermophyton*.
- Ces dermatophytes sont responsables:
    - De lésions de la peau glabre (épidermophyties, herpes circiné)
    - D'une atteinte des ongles (onyxis dermatophytiques)
    - D'une atteinte du cuir chevelu (teignes),
    - De lésion de la barbe et des moustaches (sycosis).
- **Mode de contamination**

1. Géophiles (*Microsporum gypseum*) exceptionnellement pathogènes

2. Zoophiles où l'homme se contamine à partir de l'animal de façon accidentelle

NB :L'exposition aux espèces géophiles et zoophiles est surtout professionnelle (fermiers, éleveurs, vétérinaires) ou familiale (animaux domestiques)

3. Anthropophiles (inter humaine) responsable de 80 % des dermatophytoses la transmission est directe ou indirecte par les vêtements, les objets de toilette ou des sols (piscines, bains publics, mosquées, salles de bain, salles de sports) contamination via les fragments de kératine parasités.

A. Teignes

- Les teignes sont des mycoses superficielles qui résultent de l'envahissement pilaire par les dermatophytes.
- se voient essentiellement chez l'enfant rarement chez l'adulte.
- contagieuses
- **Facteurs favorisants :**
  - la mauvaise hygiène, la promiscuité, la pauvreté.
  - Saison : plus fréquente en automne et en hiver.
- **Les agents pathogènes** responsables de teignes sont :
  - Trichophyton (violaceum, tonsurans, soudanense mentagrophytes, verrucosum)
  - Microsporum (langeronii (anthropophiles), canis, gypseum
- **3 formes cliniques :**

  1/ Teignes tondantes (microsporiques & trichophytiques)
  2/ Teignes inflammatoires et suppuratives ou « kérion de celse »
  3/ Teignes faviques ou favus.

1) Teignes tondantes

Teignes tondantes trichophytiques	Teignes tondantes microsporiques
Petite plaque grisâtre, alopécique, squameuse	Placard érythémato-squameux
quelques mm de diamètre (4 - 5) mm	2 à 5 cm de diamètre, à limites nettes.
Nombre : très nombreuses, voire une centaine.	peu nombreuses : 2 à 4 en moyenne
Les cheveux malades sont tondus à ras du cuir chevelu	Les cheveux sont cassés à quelque mm des orifices folliculaires, réalisant aspect « en brosse ».

2) Teignes inflammatoires et suppuratives : « macaron ou kérion de celse »

- Rares de 02 %
- Grand enfant 08 à 14 ans
- Non contagieuse
- Unique ou multiple
- Pas de fièvre ni d'adénopathies satellites
- Chez l'homme : barbe (sycosis)
- Clinique :
  - Lésion érythématosquameuse, qui devient inflammatoire, suppurée et s'accompagne d'une chute des cheveux.
  - Ainsi vers le 10e–15e jour, il existe un macaron en relief sur le cuir chevelu, d'où sourd du pus par les orifices pilaires, spontanément ou à la pression, réalisant un aspect en « pomme d'arrosoir »

3) Teigne favique ou favus :

- moins de 1 %
- enfant et adulte.
- Très contagieuse
- lésions érythémato-squameuse
- évolution vers la phase d'état prenant un aspect typique celui du « godet favique ».
- Ce godet favique est traversé par un cheveu favique qui n'est jamais cassé.
- Le cheveux a perdu sa brillance naturelle, et à un aspect de foin sec.
- Le favus évolue toujours vers une alopécie cicatricielle définitive

Diagnostic positif des teignes : Examen mycologique

- prélèvement à l'aide d'une curette mousse ou écouvillon de squames après traitement à la potasse retrouve
- Examen direct : au microscope optique (MO) retrouve :
  - un parasitisme pilaire
  - des filaments mycéliens au sein des squames.
- Culture : sur milieu de Sabouraud, interprétable en 3 à 4 semaines identifie le genre et l'espèce du champignon

Diagnostiques differentiels des teignes

- Fausse teigne amiantacée
- Trichotilomanie
- psoriasis du cuir chevelu.

Traitement des teignes

- Mesures d'hygiène
- Stérilisation quotidienne à l'eau bouillante ou au benzène de la literie
- Brûler les peignes et les brosses contaminées.
- Éviction scolaire de 21 jours pour le favus et la teigne trichophytique
- Traitement local
  - Antifongiques locaux: Dactarin ®(Miconazole),Pévaryl® (Econazole).. en lotion à appliquer 2x/j.
  - si lésion très squameuse décaper d'abord à la pommade salicylocadique
- Traitement général : **Griséofulvine** cp à 125 mg, 250mg,500mg.
  - Posologie : 10 à20mg/kg/j pour l'enfant, 1 g chez l'adulte.
  - Durée du traitement: 4 semaines pour les teignes tondantes , 6 semaines à 2 mois pour le favus.
  - Contres indications: grossesse, porphyrie , traitement par les antivit K.
  - Effets secondaires: troubles digestifs vertiges, photosensibilisation.

NB: la guérison est assurée si les examens mycologiques sont négatifs à 2 prélèvements effectués à 15 jours d'intervalle

B. Dermatophytie de la peau glabre dermatophytose circinée « herpès circiné »

- Agent:
  - Microsporum Canis.
  - Trichophyton Mentagrophytes.
  - Trichophyton Rubrum.
- Age: enfant et adulte
- Peu contagieuse .
- **Clinique** : Tache érythématosquameuse prurigineuse
  - d'évolution centrifuge réalisant une lésion arrondie, annulaire
  - une bordure érythématosquameuse active (riche en filaments mycéliens) avec tendance à la vésiculation
  - centre légèrement fripé en voie de guérison.
  - Siège: ubiquitaire
  - Évolution : - Sous traitement guérison en 3 semaines sans séquelles .
    - Sans traitement évolution traînante

- **Examen mycologique:**
  - Examen direct: filaments mycéliens au sein des squames .
  - Culture : milieu de Sabouraud identifie l'espèce en 3 à 4 semaines.

C. Dermatophytie des grands plis (intertrigo)

- Adulte dans les 2 sexes (h >f)
- Peu contagieuse.
- Agent: dermatophytes antropophyles:
  - Trichophyton Rubrum.
  - Epidermophyton floccosum.
- **Clinique :**
  - le pli inguino-crural est plus souvent atteint que les plis axillaires et interfessiers
  - il constitue le classique « eczéma marginé de Hebra »
  - La lésion est circulaire à évolution centrifuge à bordure érythémateuse et un centre plus clair.
  - Le fond du pli est en général respecté.
  - Peut se bilatéraliser et s'étendre en arrière vers le périnée et pli interfessier.
  - Examen mycologique : idem avec l'herpes circiné.
- **Diagnostic différentiel :**
  - Érythrasma : (corynébacterium minutissimum) Nappe brun jaunâtre ,contour régulier .
  - Intertrigo candidosique : Nappe rouge vernissée ,bordure décollée , fissure au fond du pli
  - Psoriasis inversé des plis :Lésions érythémato-squameuses à squames épaisses .
  - Intertrigo à germes banaux

D. Dermatophytie (intertrigo) des petits plis

- Agent: dermatophytes antropophyles : Trichophyton (Rubrum, interdigitale)
- Adulte dans les 2 sexes
- Peu contagieux.
- Facteurs favorisants:
  - piscine
  - chaussettes en synthétique
  - les ablutions de la prière
  - Chaleur, sudation

- **Clinique** : l'atteinte des plis inter-orteils est la plus fréquente des dermatophyties avec prédilection pour le 3ème et 4ème espace inter orteil .
    - Pli macéré blanchâtre avec fissure centrale.
    - Il constitue une porte d'entrée d'infection bactérienne locorégionale (ulcération, onyxis, érysipèle, cellulite)
- **Signe fonctionnel**: prurit intense, odeur désagréable
- **Examen mycologique** : idem que l'intertrigo des grands plis

E Kératodermies palmoplantaires

- Coexistent ou non avec l'intertrigo interorteil.
- **Clinique** : desquamation ou hyperkératose d'épaisseur variable prenant un aspect farineux au niveau de la plante et du bord du pied
- L'atteinte unilatérale, en faveur du diagnostic de dermatophytose
- Agent:
    - Trichophyton rubrum est le plus fréquemment retrouvé
    - Trichophyton interdigitale (formes dysidrosiques)

Traitement des dermatophyties de la peau glabre et des plis

- Une application biquotidienne
    - d'un antiseptique (type Betadine ® ou Hexomedine ®) en solution
    - et d'un antifongique imidazolé local en crème pour la peau et en lait pour les plis :(Pevaryl ® , Dactarin ® ,Ketoderm ®) pendant 3 à 4 semaines.
- En cas d'échec ou de forme étendue, association à un antifongique oral :
    - Fluconazole diflucan[R] cp 50mg: 3 cp en une seule prise par semaine pendant 3 à 4 semaines.
    - griséofulvine Griseofuline ® cp(125 ,250,500mg):
    - 10 à20 mg/kg/j chez l'enfant
    - 1 g chez l'adulte
    - pendant 3 à 4 semaines

E. Onychomycoses (onyxis) à dermatophytes

- Mal connue par les patients
- Incidence augmente avec l´âge
- Gros orteil (92%)
- Traitement difficile
- **Clinique :**
  - Début insidieux.
  - Ongle épaissi ,jaunâtre ,friable, rongé et détruit .
  - Débute au bord libre de l'ongle puis s'étend vers la région matricielle aboutissant au décollement et destruction totale de l'ongle.
  - Pas de périonyxis associé.
- Évolution :Sans traitement évolution chronique de proche en proche vers les autres ongles.
- Ex mycologique: idem que l'herpes circiné (Trichophyton rubrum est le plus communément isolé)
- **Le diagnostic différentiel**
  - onyxis à *Candida*
  - autres onychopathies d'origine traumatique ou en rapport avec d'autres dermatoses : psoriasis, eczéma, etc.
- **Traitement de l'onyxis dermatophytique:** Impose un traitement par voie générale en plus du traitement local.
  - Traitement local :amorolfine Loceryl® vernis à ongle à appliquer 1 à2 x/sem
  - Traitement général:
    - Terbinafine Lamisil ® cp 250mg 1cp /j est efficace pendant 3 à 6 mois.
      - Effets II :troubles digestifs, hépatite cholestatique,éruption cutanée.
      - Contre-indications :insuffisance hépatique sévère , grossesse ,allaitement.
    - Fluconazole Diflucan ® cp 50mg :3 cp en une seule prise par semaine pendant 6 à 9 mois.
      - Effets II :troubles digestifs ,éruption cutanée.
      - Contre-indications:grossesse, allaitement, antivitamines K.

III. LEVUROSES

- Candida
- Malassezia

Contrairement aux dermatophytes, elles ne se nourrissent pas exclusivement de kératine et parasitent aussi les muqueuses et les viscères.
facteurs favorisant les candidoses: diabète, grossesse, Contraception orale, antibiothérapie

A. Candidoses

1)- Candidoses cutanées

- L'atteinte des plis est la manifestation clinique la plus courante = l'intertrigo
  grands plis : Inguinaux, sous-mammaires, Interfessiers , axillaires
  petits plis : Commissures labiales, espaces interdigitaux, plus rarement candidose du pli palpébral
- Clinique: la peau est érythémateuse d'aspect vernissé et suintant, fissurée au fond d'un pli recouvert d'un enduit blanchâtre, parfois, les lésions sont sèches et desquamatives
- évolution subaigue : débute au fond d'un pli puis s'étend de part et d'autre sur les surfaces cutanées adjacentes.
- Signes fonctionnels: sensation de brûlure, parfois douleur ou prurit.
- trois caractères cliniques très évocateurs d'une candidose cutanée :

  1. l'irrégularité des contours de la lésion,
  2. l'existence d'une bordure en « collerette desquamative »
  3. présence de petites papulopustules satellites disséminées sur la peau saine environnante

  - ***Particularités pédiatriques :*** l'érythème fessier est dû assez fréquemment à une surinfection fongique ; un muguet buccal doit être recherché

Le diagnostic positif des Candidoses cutanées

- Les prélèvements de l'enduit blanchâtre au fond des plis; puis ensemencement
- Examen direct : Levure (bourgeonnants filaments mycéliens)
- Culture : *diagnostic de certitude: sur* milieu de Sabouraud
  - Résultats : 2 *à 4 semaines*
  - Abondance de colonies de candida

Traitement des candidoses des plis

- antifongiques locaux sous forme de lotion ou crème:
  - dérivés imidazolés (Econazole ou Miconazole) et ciclopiroxolamine (Mycoster [R])
  - Les allylamines (terbinafine) ont une efficacité moindre sur le Candida.
- lutter contre la macération
- Traiter un foyer digestif ou vaginal associé.

2) Candidoses buccales et digestives

- **Le muguet :**
  - érythème est recouvert d'un enduit blanchâtre se décollant facilement atteint la face interne des joues et la langue.
  - Il peut s'étendre en aval, entraînant alors une dysphagie nette.

- **Une glossite :** se manifeste par une langue érythémateuse dépapillée
  - signes fonctionnels : cuisson et sensation de goût métallique

- **Les candidoses gastro-intestinales** accompagnent en général une candidose bucco-oesophagienne

- **La candidose anorectale** est souvent révélée par :
  - Prurit
  - anite érythémateuse érosive et suintante,
  - pouvant se prolonger par un intertrigo des plis inguinaux et du pli interfessier

Traitement des candidoses buccales et digestives

- **Chez l'immunocompétent**, on privilégie les traitements locaux : nystatine (*Mycostatine), amphotéricine B (Fongizone), miconazole (Daktarin).*

- **Chez l'immunodéprimé** *(en particulier en cas de SIDA), on associe au traitement local un traitement par voie générale, surtout s'il existe une atteinte oesophagienne. fluconazole (100 mg/jour) pendant 5 à 15 jours..*

3) Candidoses génitales

Chez la femme: réalisant un tableau de vulvovaginite

- lésions, initialement érythémateuses et oedémateuses
- deviennent prurigineuses,
- associées à des leucorrhées souvent abondantes, blanchâtres.
- Le prurit est souvent intense avec dyspareunie.
- L'extension aux grands plis ou une cervicite et une urétrite sont possibles.

Chez l'homme: tableaux cliniques sont essentiellement

- des méatites, avec écoulement purulent blanc verdâtre avec dysurie
- des balanites et balanoposthites peu spécifiques.
- Les lésions peuvent être pustuleuses, érythématosquameuses ;
- C'est parfois un mode de révélation du diabète

- **Traitement des candidoses génitales**

  - On privilégie les traitements locaux : imidazolés (lait, crème et ovules).
  - dérivé azolé comme le fluconazole: prise orale unique (150 mg) peut être envisagée..
  - éliminer les foyers de récidive comme un foyer digestif ou la présence d'un dispositif intra-utérin
  - Equilibrer un diabète si celui-ci est connu.

4) Onychomycoses à candida

- 15% des onychomycoses
- ongles des mains +++
- Facteurs favorisant : humidité trauma, soins de manucure, détergents
- perionixis +++
- **Diagnostic différentiel :** psoriasis, lichen, eczema

- **Traitement des onychomycoses à candida**

  - lutter contre les facteurs locaux susceptibles d'entretenir les lésions (macération) par séchage des doigts.
  - lutter contre la surinfection par application de solution antiseptique (chlorhexidine).
  - Les antifongiques locaux, sous forme de solution«filmogène» (ciclopiroxolamine 8 %, amorolfine 5 %) ou de crème sous occlusion, ne suffiront qu'en cas d'atteinte modérée et distale
  - Le traitement général ne peut être conduit qu'après identification mycologique pour les atteintes matricielles ou en cas d'échec des topiques.
  - La durée du traitement est prolongée : fluconazole *per os 150 mg/semaine* pendant 4 à 6 mois pour les ongles des mains 9 à 12 mois pour les ongles des pieds.

Principales différences entre dermatophyties et candidoses		
	Dermatophyties	**Candidoses**
Mycologie	Champignons filamenteux	Levures émettant des filaments
Terrain	Homme	Femme Antibiothérapie Corticothérapie
Topographie	Atteinte cutanée Atteinte des phanères	Atteinte cutanéo-muqueuse Atteinte viscérale possible chez l'immunodéprimé
Lésion typique	Érythémato-squameuse	Érythémateuse avec pustulettes
Traitements utiles	Griséofulvine Azolés Allylamines	Azolés Polyènes antiseptiques

B. Pityriasis versicolor (PV)

- Agent : Malassezia
  - **Malassezia furfur** semble Le plus fréquemment responsable du PV

- Facteurs favorisants :
  - Hyperséborrhée, hypersudation.
  - Endocrinopathies :(hypercorticisme)
  - Chaleur : humidité.
  - Facteurs génétiques.
  - Déficits de l'immunité.
- **Clinique :**
  - petites macules arrondies ou ovalaires de couleur brun chamois, finement squameuses, pouvant confluer et fusionner en nappes dessinant de véritables cartes géographiques.
  - Le grattage à l'abaisse langue ou à la curette fait détacher les squames « signe du copeau »
  - Les lésions siègent sur les zones séborrhéiques : haut du tronc , dos ,épaules, bras , cou épargnent les paumes et les plantes.

- **Diagnostic différentiel** : Pityriasis rosé de Gibert (PRG), les eczématides
- **Diagnostic positif:** prélèvements sur la bordure des lésions
  - L'examen direct au microscope des squames permet de poser rapidement le diagnostic
  - culture sur milieu de Sabouraud **:** diagnostic du genre et de l'espèce, au bout 1 à 4 semaines.

- **Le traitement du pityriasis versicolor** : traitement local (1ère intention) intéressant toute la surface corporelle.
    - En pratique, un des traitements les plus utilisés est le kétoconazole 2 % gel moussant à raison d'une application sur tout le corps pendant 15 minutes avant rinçage.
    - Une 2 ème application 1 ou 2 semaines plus tard.
    - Le traitement par voie générale est indiqué :
        - dans les formes résistantes au traitement local
        - dans les formes étendues et/ou récidivantes.
        - Il repose sur le fluconazole 50 mg/j pendant 2 semaines
    - **Le traitement préventif n'est pas codifié**
        - néanmoins une éviction des facteurs favorisants pourrait prévenir les rechutes.
        - Certains auteurs préconisent un traitement préventif qui consiste à reprendre le traitement local avant ou au début de la période chaude